様式6

介護給付費・訓練等給付費等請求書

年　　月　　日

(あて先)札幌市長

請求事業者	指定事業所番号	
	住　所	〒
	電話番号	請求印
	名　称 フリガナ	
	職・氏名 フリガナ	

下記のとおり請求します。

	年		月分

請求金額			百万			千			円

請求番号				

区　分		件数	単位数	費用合計	給付費請求額	利用者負担額	自治体助成額
介護給付費							
訓練等給付費							
地域相談支援給付費							
小　計							
特定障害者特別給付費							
合　計							

下記の口座に振り込んでください。

振込先金融機関

銀行 / 信金 _____　本店 / 支店 _____

預金種目

1 普　通
2 当　座
9 納準 別段

口座番号
